ITEM 133 : ANALGESIE OBSTETRICALE

= Concerne **70%** des accouchements, le plus souvent par **anesthésie péridurale lombaire**
- Consultation d'anesthésie prénatale = obligatoire avant tout acte d'anesthésie : réalisée habituellement au 3ème trimestre (ou plus tôt en cas de grossesse pathologique ou d'urgence), même en l'absence de souhait d'anesthésie prénatale

Physiopathologie

= Deux types de douleur : **viscérale** et **somatique**
- Lors de la 1ère phase du travail : - **Contraction** → effacement puis dilatation du col utérin : **influx douloureux d'origine viscérale**, véhiculé par des fibres non myélinisées C
- **Douleur propre aux contractions** : véhiculée par des fibres Aδ
- Relai au niveau de la corne postérieure de la moelle de **T10 à L1**

- A la fin de la 1ère phase et lors de la 2ème phase du travail : **douleur d'origine somatique** par **distension du plancher pelvien, du vagin et du périnée**, transmise par les **nerfs honteux** issus des **racines sacrées S2-S4**
→ L'administration systémique d'analgésiques morphiniques contrôle partiellement les douleurs d'origine somatique mais est inefficace pour soulager les douleurs viscérales

ANESTHESIE PERIDURALE

- Objectif : bloc sensitif contrôlant la douleur, sans bloc moteur (paralysie) ni retentissement hémodynamique majeur (la circulation utéro-placentaire est corrélée à l'état hémodynamique maternel)

Méthode	- Pose dès l'entrée en travail de la parturiente - **Cathéter péridural perforé** : administration continue d'**anesthésiques locaux à faibles concentrations** - Potentialisé par un adjuvant : généralement un **analgésique opioïde** (**sufentanil**)
Dose	- **Dose d'induction** administrée manuellement par le médecin anesthésiste-réanimateur - **Dose d'entretien** souvent par auto-administration de bolus d'anesthésique local directement par la parturiente par pression sur une pompe : analgésie épidurale contrôlée par la patiente
Contre-indication	- Refus du patient - Infection au site de ponction ou infection systémique - Troubles de l'hémostase - Cardiopathie avancée - Hypertension intra-crânienne
Complication spécifique	- **Brèche dure-mérienne** (en cas de perforation accidentelle de la dure-mère) : céphalées → traitement de réfernce par ***blood patch*** à partir de 48h - **Hypotension maternelle** : risque de retentissement et de souffrance fœtale - **Analgésie insuffisante** - Bloc moteur : **paralysie**

Autres méthodes

Péri-médullaire	- **Péri-rachi-anesthésie combinée** : induction rapide par rachianalgésie, suivie d'une analgésie par voie péridurale → installation rapide de l'analgésie - **PCEA** = **analgésie péridurale contrôlée par la patiente** : permet de réduire les doses d'anesthésique, améliore la satisfaction maternelle et réduit l'incidence du bloc moteur
IV	= **Anesthésie par opioïde** = **remifentanyl** : alternative en cas de contre-indication ou d'impossibilité d'anesthésie périmédullaire, d'efficacité inférieure, souvent autocontrôlée par la patiente (PCA) - **Risque fœtal** (passage de la barrière placentaire) : **ralentissement des oscillations** et de la **réactivité** du rythme cardiaque fœtal, risque de **dépression respiratoire néonatale**
Inhalée	= **Inhalation d'analgésique gazeux** (**sévolurane** ou **protoxyde d'azote**) : peu utilisée en France
Bloc loco-régional	- **Bloc des nerfs honteux** = injection trans-périnéale au contact des 2 nerfs honteux, au niveau des épines sciatiques : indiquée en cas d'extraction instrumentale chez une patiente sans analgésie péridurale - **Bloc para-cervical** = injection trans-vaginale au contact des plexus utérins
Autre	- Méthodes non pharmacologiques : **hypnose, acupuncture, psychoprophylaxie**…